

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Record médico #	
			( )	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

**Autoriza:**

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

OTRO:

Nombre de la agencia	Dirección	Ciudad, Estado	Código Postal
----------------------	-----------	----------------	---------------

**Para divulgar información de salud confidencial al:**

**Department of Health Services (DHS) Housing for Health Program.**

**CLASE DE DATOS A SER DIVULGADO**

<input type="checkbox"/> Historia de clínica ambulatoria	<input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio y patología	<input type="checkbox"/> Reportes del departamento de emergencias
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Sumario de descargo	<input type="checkbox"/> Información de aseguranza
<input type="checkbox"/> Historia y exámen físico	<input type="checkbox"/> Reportes operativos	<input type="checkbox"/> Reporte de imágenes
<input type="checkbox"/> Resultados de exámenes de VIH/SIDA:		
<input type="checkbox"/> Otro, explique:		

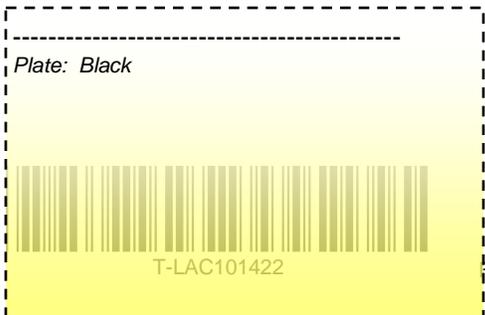
Housing for Health obtendrá un máximo de cinco (5) años de información médica a menos que sea indicado de otra manera:

\_\_\_\_\_ (Fecha/periodo de tiempo)

La información siguiente será divulgada si usted da su permiso con sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo con la divulgación de información relacionada con el diagnóstico o el tratamiento de la salud mental que son de otra manera protegidas de acuerdo al código 5328 de Welfare & Inst. excluyendo las notas de psicoterapia

definidas en el 45 CFR164.501  
IMPRINT I.D. CARD (NAME MRUN CLINICWAR



FILE IN MEDICAL RECORD

EL PROPOSITO DE ESTE DOCUMENTO ES: para permitirle a Housing for Health y sus contratistas 1) determinar elegibilidad para recursos de Housing for Health; 2) para proporcionar la información de salud protegida necesaria mínima para las organizaciones basadas en la comunidad , que están contratadas con el DHS para facilitar la vivienda, manejo de casos y servicios integrados y coordinados; 3) para que me ayude en la solicitud y recepción de cualquier beneficio público que pueda tener derecho; y 4) proveer me los servicios de manejo de caso continuamente.

**AVISO**

El Departamento de Servicios de Salud y muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos , hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su PHI . Si usted ha autorizado la divulgación de su PHI a una persona que no tiene la obligación legal de mantener la confidencialidad, ésta puede no estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad .

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACION:**

- Entiendo que esta autorización es voluntaria y no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. Sin embargo, sin una autorización firmada , el DHS Housing for Health no pueda tener la información adecuada para determinar mi elegibilidad para los servicios de vivienda .
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y use la forma abajo.
- La revocación será efectiva en cuanto el DHS la reciba, exceptuando a la medida que DHS y otros hayan utilizado su información.

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACION**

A menos que sea revocada , esta autorización vence cinco (5 ) años desde la fecha de la firma a continuación.

**AUTORIZACION**

He tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo lo que dice. Al firmar, estoy de acuerdo que refleja con precisión mis deseos y afirmo que no pongo ninguna restricción a la divulgación de cualquier información autorizada por medio de esta autorización.

Firma del paciente/representante legal \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

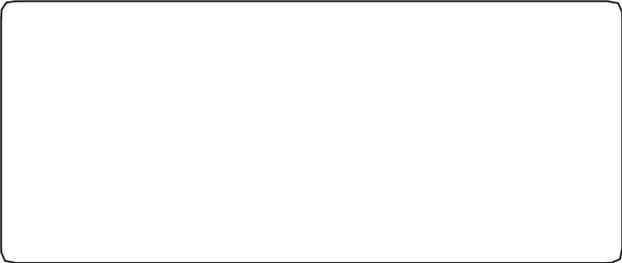
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si la firma no es el paciente, declare su relación y autoridad para hacerlo:

IMPRINT I.D. CARD (NAME MRUN CLINIC/WARD)

Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_



FILE IN MEDICAL RECORD

**Derecho a revocar esta autorización** – Entiendo que puedo revocar esta autorización para Housing For Health en cualquier momento por escrito de mi revocación a la agencia del DHS a la dirección que aparece a continuación. Puedo utilizar la revocación de la autorización en la parte inferior de este formulario. Envíe por correo la revocación a la siguiente dirección :

También entiendo que una revocación no afectará el intercambio de información realizado en la por medio de esta autorización antes de que haya sido revocada.

**REVOCACION DE AUTORIZACION**

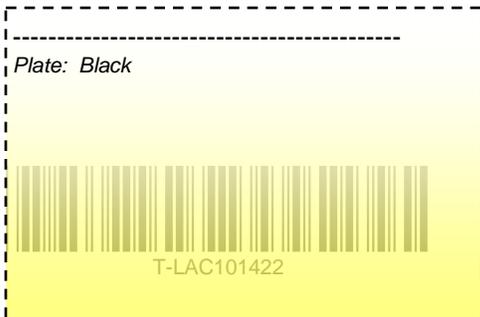
Firma del paciente/ Representativo legal: \_\_\_\_\_

Si la firma no es del paciente, declare su relación y su autoridad para hacerlo:

\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IMPRINT I.D. CARD (NAME MR UN CLINIC/WARD)



FILE IN MEDICAL RECORD